



AVANTE

Revista de Humanidades y ciencias sociales
ISSN 0719-9740 ON LINE

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14632837>

Sección: Estudio de caso

Mejora del Triage en Urgencias: Estudio de Caso sobre la Implementación del ESI en una Clínica de Salud Chilena

Improving Triage in Emergency Rooms: Case Study on the Implementation of ESI at Clínica de Salud

Paulina Del Pilar Bravo
Huentemil



<https://orcid.org/0009-0004-1143-5840>/Universidad del Biobío-Chile

paulinabravoh@gmail.com/
Universidad del Biobío-Chile

Carolina Elena Leyton Pávez



<https://orcid.org/0000-0002-2939-7000>

cleyton@ubiobio.cl/Universidad del Biobío-Chile

Recibido:05/09/2024

Aprobado: 20/12/2024



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](#)

Resumen: La Unidad de Urgencias de una Clínica de Salud, cumple un rol esencial en la atención sanitaria de la comunidad. No obstante, el sistema de categorización actual ha mostrado limitaciones para garantizar una atención oportuna y eficaz. Este estudio tiene como objetivo implementar un nuevo sistema de categorización basado en el Índice de Severidad de Emergencias (ESI), con el fin de optimizar los flujos de trabajo, mejorar el uso de los recursos y elevar la satisfacción de los pacientes. Durante el año 2021, se realizó una recolección de datos para evaluar los procesos críticos e identificar los cuellos de botella en el sistema vigente. Se llevaron a cabo una serie de talleres y mesas técnicas con los principales actores involucrados, incluyendo personal médico y de enfermería. Los resultados mostraron una reducción significativa en los tiempos de espera, un incremento en la cantidad de pacientes atendidos y mejoras en las tasas de satisfacción. Asimismo, el nuevo modelo permitió una mejor categorización de los pacientes, asegurando una atención más rápida.

Palabras claves: Triage; Índice de Severidad de Emergencias (ESI); Gestión de urgencias; Atención centrada en el usuario; Desarrollo organizacional en salud.

Abstract: The Emergency Unit at Clínica Salud plays an essential role in community health care. However, the current categorization system has shown limitations in guaranteeing timely and effective care. This study aims to implement a new categorization system based on the Emergency Severity Index (ESI), in order to optimize workflows, improve the use of resources and increase patient satisfaction, improve the use of resources and increase patient satisfaction. During 2021, data collection was carried out to evaluate critical processes and identify bottlenecks in the current system. A series of workshops and technical tables were held with the main actors involved, including medical and nursing personnel. The results showed a significant reduction in waiting times, an increase in the number of patients served, and improvements in satisfaction rates. Likewise, the new model allowed better categorization of patients, ensuring faster care.

Keyword: Triage; Emergency Severity Index (ESI); Emergency management; User-centered care; Organizational development in health.

* Artículo investigativo derivado del trabajo formativo equivalente para optar al grado de Magister en Salud Pública-Universidad del Biobío-Chile.

INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencias son un componente clave en cualquier sistema de salud, ya que brindan atención inmediata a pacientes en estado crítico. En Chile, el sistema de salud público ofrece una red de unidades de emergencia, como las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) y los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Una Clínica de Salud es un establecimiento de atención privada que complementa esta red con un servicio de urgencias disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Sin embargo, el sistema de categorización actual, basado en el método Manchester, ha mostrado deficiencias para gestionar eficazmente los altos volúmenes de pacientes, lo que afecta negativamente los tiempos de espera y la satisfacción del usuario.

A medida que la demanda de atención de urgencias ha crecido, especialmente durante la pandemia de COVID-19, se ha hecho evidente que el sistema vigente no es capaz de priorizar adecuadamente a los pacientes según la gravedad de sus condiciones. El aumento de la población en la Región de Ñuble y la alta tasa de enfermedades crónicas han exacerbado esta situación, requiriendo una revisión exhaustiva del sistema de categorización empleado. Además, se ha identificado que el personal de salud carece de una capacitación adecuada para utilizar herramientas de triaje que puedan apoyar la toma de decisiones en situaciones de alta presión.

Frente a este escenario, se propone la implementación del Índice de Severidad de Emergencias (ESI), un sistema de cinco niveles que clasifica a los pacientes en función de la severidad de su condición y los recursos médicos necesarios para su atención (Soler et al., 2010). Este modelo ha sido validado en diversas

instituciones de salud a nivel internacional y ha demostrado ser eficaz en la reducción de tiempos de espera y en la optimización de recursos hospitalarios.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El triaje en los servicios de urgencia es una herramienta fundamental para la correcta gestión de los flujos de pacientes y la asignación eficiente de recursos (Soler et al., 2010). Su importancia radica en que permite priorizar la atención de los pacientes según la gravedad de su estado, optimizando el tiempo de atención para aquellos que requieren intervención inmediata. (Velázquez-Guzmán et al., 2017) En un entorno como el de la Clínica de Salud, donde la demanda por servicios de urgencia ha crecido significativamente, la implementación de un sistema eficiente de triaje es crucial para mejorar los resultados clínicos y la satisfacción del usuario.

Origen y evolución del triaje en urgencias

El término "traje" proviene del francés *trier*, que significa seleccionar o clasificar. (Guedes et al., 2015) Este concepto fue introducido por primera vez durante las guerras napoleónicas como un medio para priorizar la atención de los heridos en el campo de batalla. En el ámbito hospitalario, el triaje moderno comenzó a desarrollarse a finales del siglo XX, (Sánchez-Bermejo et al., 2021), cuando las instituciones de salud comenzaron a enfrentar una demanda cada vez mayor de pacientes en los servicios de urgencia, lo que generó la necesidad de un sistema estructurado para gestionar los flujos de atención.

En Chile, el sistema de triaje en las unidades de urgencias ha sido implementado tanto en el sistema público como en el privado, utilizando diversos modelos de categorización que

buscan garantizar una atención oportuna y eficiente (Becerril-Montekio et al., 2011) En el caso de la Clínica de Salud, el sistema de triaje utilizado hasta hace poco era el de Manchester, un método bien valorado pero que ha demostrado ser insuficiente para responder adecuadamente a la creciente demanda de pacientes en la Región de Ñuble, especialmente tras la creación de la nueva región en 2017 (Ley N° 21.033, 2017).

Modelos de triaje: Comparación y aplicación

Existen varios modelos de triaje utilizados a nivel mundial, entre los más destacados se encuentran el sistema de Manchester, el Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) y el Emergency Severity Index (ESI). (Sánchez-Bermejo et al., 2021) Cada uno de estos modelos tiene como objetivo clasificar a los pacientes en función de la gravedad de sus síntomas y la necesidad de intervención médica (Vignolo et al., 2011).

El sistema de Manchester, utilizado previamente en la Clínica de Salud, se basa en una categorización de cinco niveles que clasifica a los pacientes según la urgencia de su condición, asignándoles un color que va desde el rojo para emergencias vitales hasta el azul para consultas generales. (Cicolo & Peres, 2019). Aunque este sistema ha sido efectivo en muchos contextos, su aplicación en la Clínica de Salud ha mostrado limitaciones debido a la falta de precisión en la categorización y a los largos tiempos de espera generados para pacientes en niveles de menor urgencia (Costa et al., 2020).

El modelo ESI, que ha sido implementado en la Clínica de Salud como resultado de este estudio, introduce una clasificación basada no solo en la gravedad de la condición clínica del paciente, sino también en la cantidad de recursos que se prevé que el paciente necesitará. (Grande-Ratti et al., 2020) Esta es una de las principales

diferencias con el sistema de Manchester, ya que el ESI permite una evaluación más integral de las necesidades del paciente desde el momento de su llegada.

La introducción del modelo ESI en las unidades de urgencias ha demostrado mejorar la eficiencia en la atención, (Servicio de salud de Viña del Mar-Chile) reduciendo tiempos de espera y optimizando el uso de recursos médicos, ya que permite asignar personal y equipamiento de manera más efectiva según la gravedad del caso y las necesidades del paciente (Paravic Klijn & Lagos Garrido, 2021). En el contexto de la pandemia de COVID-19, la importancia de contar con un sistema de triaje eficiente se ha vuelto aún más evidente, dado el incremento en la demanda de servicios y la escasez de recursos. (Aurenque, 2020).

Teorías organizacionales aplicadas en salud

Desde el punto de vista teórico, la implementación de un nuevo sistema de categorización de pacientes en una unidad de urgencias se puede enmarcar dentro de los modelos de desarrollo organizacional. (Rodríguez Jáuregui et al., 2017). El desarrollo organizacional busca mejorar la capacidad de una organización para enfrentar sus desafíos internos y externos a través de intervenciones estructuradas y la optimización de procesos. (Calderón Hernández et al., 2009) En el ámbito de la salud, esto implica no solo el rediseño de procesos clínicos, sino también el fortalecimiento del trabajo en equipo y la creación de una cultura organizacional orientada hacia la mejora continua. (Leyton Pavez et al., 2019)

La mejora de procesos es otra de las teorías que sustentan este estudio, en salud, los procesos no son estáticos y requieren ajustes constantes para adaptarse a los cambios en la demanda y en

las tecnologías disponibles. (Hernández, 2013) Las metodologías como Lean y Six Sigma han sido aplicadas con éxito en el ámbito hospitalario para reducir desperdicios y mejorar la eficiencia operativa (Cerdá Suárez et al., 2018). El sistema de triaje ESI se alinea con estos principios al proporcionar un proceso estandarizado que permite priorizar a los pacientes de manera más eficiente, reduciendo los tiempos de espera y mejorando la calidad del servicio.

Impacto del triaje en el desarrollo organizacional

El triaje, como parte del desarrollo organizacional en el ámbito hospitalario, tiene un impacto directo en la eficiencia operativa y en la satisfacción del paciente. (Taype-Huamaní et al., 2021). Al mejorar la capacidad de la unidad de urgencias para gestionar de manera eficiente los flujos de atención, se optimizan los recursos disponibles y se reduce la carga de trabajo del personal de salud. (El ámbito internacional europeo, 2021). Esto no solo mejora los resultados clínicos, sino que también contribuye a un entorno laboral más positivo y colaborativo.

El enfoque en el desarrollo organizacional también implica fortalecer la identidad del equipo y mejorar la comunicación interna. (Francés Tecles & Camaño Puig, 2023). En la Clínica de Salud, la implementación del sistema ESI fue acompañada de un proceso de capacitación que involucró a todo el personal de la unidad de urgencias. Esto fue clave para asegurar una adopción exitosa del nuevo modelo, ya que el personal comprendió no solo las funcionalidades del sistema, sino también su rol en la mejora de la atención.

Atención centrada en el usuario

Un componente central en la implementación de cualquier cambio en los sistemas de salud es la atención centrada en el usuario. (Martínez et al., 2022) La experiencia del paciente es un indicador clave de la calidad del servicio, y en las unidades de urgencias, el tiempo de espera es uno de los factores que más influyen en la percepción del paciente sobre la calidad de la atención (Vizcaíno et al., 2018) La implementación del modelo ESI en la Clínica de Salud ha permitido mejorar significativamente los tiempos de espera para los pacientes más críticos, lo que ha tenido un impacto positivo en la satisfacción del usuario (Bravo, 2022).

La atención centrada en el usuario no solo se refiere a la rapidez en la atención, sino también a la capacidad del sistema para proporcionar una experiencia de atención integral. (Dois et al., 2016) El triaje, al clasificar a los pacientes de manera precisa y eficiente, garantiza que aquellos en mayor necesidad reciban la atención adecuada en el momento oportuno, lo que mejora no solo los resultados clínicos, sino también la percepción del servicio por parte de los pacientes y sus familias (Borré Ortiz & Vega Vega, 2014).

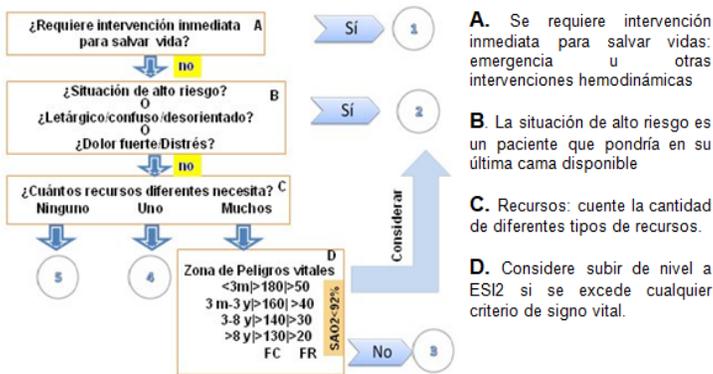
Revisión crítica del modelo ESI

Si bien el modelo ESI ha demostrado ser una herramienta eficaz en la mejora de la atención en unidades de urgencias, su implementación también presenta desafíos. (González-Sanzana & Bustos-Ibarra, 2021) Uno de los principales retos es asegurar que todo el personal involucrado en el proceso de triaje esté adecuadamente capacitado y familiarizado con los criterios de clasificación del ESI. (Velázquez-Guzmán et al., 2017) Esto requiere una inversión considerable en programas de formación y supervisión continua para

garantizar la correcta aplicación del sistema (Vergara, 2021).

Otro desafío es la adaptación del modelo a los contextos locales. En el caso de la Clínica de Salud, la implementación del ESI ha requerido ajustes en los flujos de trabajo y en la distribución del personal, especialmente en momentos de alta demanda, como durante la pandemia de COVID-19. (Solís-Barquero, 2022) La flexibilidad del sistema y su capacidad para ajustarse a las necesidades específicas de la clínica han sido factores clave para su éxito.

Figura 1. Algoritmo ESI



Fuente: Medicina de Emergencia Pediátrica: Triage y Recursos

Finalmente, es importante mencionar que la implementación del modelo ESI debe ir acompañada de una evaluación continua de los resultados obtenidos. (Pinilla-Roa, 2013) Esto permitirá identificar áreas de mejora y ajustar el sistema según sea necesario para mantener su efectividad a lo largo del tiempo.

METODOLOGÍA

El presente estudio es de tipo descriptivo, cualitativo, transversal y no experimental. La recolección de datos se llevó a cabo durante el año 2021, con la autorización de la Gerencia General de la Clínica de Salud. (La administración actual

de la clínica fue traspasada a una corporación distinta por lo cual se evita en el estudio dar nombres explícitos del lugar). Para obtener la información necesaria, se realizaron entrevistas a expertos en atención de urgencias y se llevaron a cabo mesas técnicas y talleres con el personal médico y de enfermería.

La metodología incluyó el uso de herramientas como el análisis PESTEL para evaluar el entorno institucional y la herramienta FODA para identificar las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas dentro de la unidad de urgencias. Se implementó un sistema de recolección de datos basado en el sistema informático CLINIWIN, que permitió el análisis cuantitativo de los tiempos de espera y la eficiencia en el flujo de atención.

Además, se realizó un seguimiento de la capacitación del personal en el uso del nuevo modelo de categorización ESI, utilizando técnicas de observación directa y comparación entre los tiempos de espera y los resultados obtenidos antes y después de la implementación del nuevo sistema.

La presentación de resultados y discusiones del estudio tiene una orientación de sistematización de experiencias (cita) y los objetivos propuestos son:

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

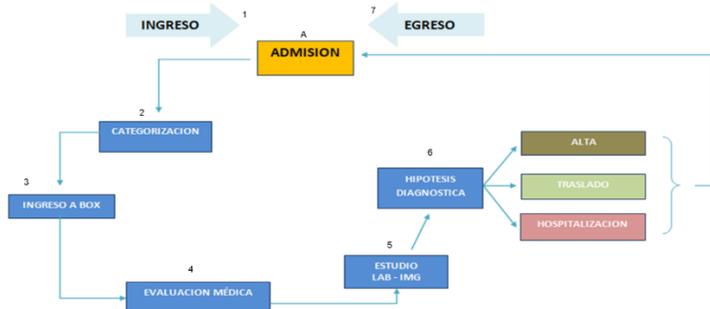
Una de las principales dificultades detectadas en las mesas de trabajo fue el aumento de la demanda asistencial producto de la pandemia, lo cual altera el flujo de atención, aumenta los tiempos de espera y disminuye la satisfacción usuaria. El Sistema de Categorización Manchester utilizado actualmente no facilita la toma de decisiones de forma eficaz frente grandes volúmenes de pacientes.

Hematología - 1:05:56 2:00:00
Bioquímica

Fuente: Elaboración Propia

El estudio incluyó encuestas a los pacientes atendidos en la unidad de urgencias antes y después de la implementación del nuevo sistema de categorización. Los resultados mostraron un aumento en los niveles de satisfacción, especialmente en la percepción de la rapidez y calidad del servicio. El 85% de los encuestados consideró que el tiempo de espera fue adecuado, en comparación con solo el 60% en la etapa anterior a la implementación. Además, los comentarios indicaron una mayor confianza en el personal de salud y en el sistema utilizado para priorizar la atención.

Figura 2. Flujo de Atención Unidad de Urgencia



Fuente: Elaboración propia

Cuadro 1. Tiempos de respuesta exámenes radiológicos 2021

Examen	Tiempo de Respuesta Otorgada	Tiempo de Respuesta Acordado
Radiógrafo	0:33:56	0:30:00
Ecotomógrafo	1:14:41	2:00:00
Scanner	1:03:42	2:00:00

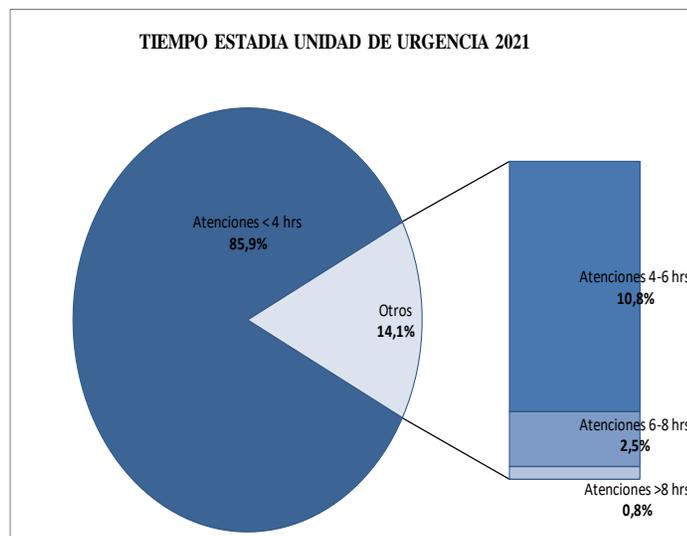
Fuente: Elaboración Propia

Se puede apreciar que el tiempo promedio para las solicitudes más frecuentes realizadas desde urgencia al servicio de imagenología son respondidas dentro de los plazos, es decir, informadas por un médico radiólogo y validadas en el Sistema RISPAC de acuerdo a lo estipulado.

Cuadro 2. Tiempos de respuesta exámenes laboratorio 2021

Examen	Tiempo de Respuesta Otorgado	Tiempo de Respuesta Acordado
PCR (Biología Molecular)	0:11:47	Inmediato

Gráfico 1. Tiempo de estadía en Unidad de Urgencia 2021



Fuente: Elaboración Propia

Si bien el 85,9% de los pacientes permanecen menos de 4hrs. en la unidad, existe un número importante (>14,1%) de pacientes que llegan a ocupar un box de atención por más de 6 horas.

Este dato es fundamental considerando que la unidad solo cuenta con nueve boxes de atención y estos se encuentran divididos para atención respiratoria y no respiratoria, por lo que bloquear un box esperando cama, traslado o resolución genera una demora en todos los otros procesos propios de la unidad, sobrecargando al recurso humano y colapsando la sala de espera.

Cuadro 3. Comparación cualitativa Sistema Manchester y Sistema ESI

Sistema Categorización Manchester	Sistema de Categorización ESI
1. niveles de categorización	1. niveles de categorización
2. No cuenta con algoritmo o flujo general	2. Triage estructurado
3. Se basa en 52 tipificaciones de situaciones	3. Estima los recursos a invertir
4. Cada tipificación posee un set de preguntas	4. Menor tiempo de aplicación
5. Proceso requiere mayor tiempo, ya que a todos los pacientes se le realiza control de signos vitales	5. Guía para cada uno de los niveles de categorización
	6. Hace diferencias entre adulto y pediátrico

Fuente: Elaboracion Propia

El proceso de implementación del nuevo modelo de categorización basado en el Índice de Severidad de Emergencias (ESI) en la Unidad de Urgencias de Clínica de Salud generó resultados que se alinean con los objetivos planteados. Los

principales resultados se organizaron en tres áreas clave: tiempos de atención, satisfacción del paciente y uso de recursos.

El análisis cuantitativo reveló una significativa reducción en los tiempos de espera, especialmente en pacientes categorizados en los niveles más críticos (ESI 1 y ESI 2). Antes de la implementación del ESI, los tiempos de espera promedios para estos pacientes alcanzaban los 15 minutos. Tras la implementación del nuevo sistema, se observó una reducción a 5 minutos en promedio, lo que implica una mejora del 66,7%. Para los pacientes clasificados como urgencias menos graves (ESI 3 y ESI 4), la disminución también fue relevante, con un tiempo de espera que pasó de 40 a 20 minutos.

Cuadro 4. Tiempos promedio por etapa de atención post implementación ESI

Mes	Etapas de Atención	
	Ingreso – Categorización (a)	Categorización – Box (b)
Noviembre 2021	0:12:12	0:33:05
Diciembre 2021	0:13:04	0:37:48
Enero 2022	0:10:32	0:31:50
Febrero 2022	0:10:05	0:25:00
Marzo 2022	0:09:34	0:22:11
Abril 2022	0:07:57	0:18:16
Promedio	0:10:34	0:28:02

Fuente: Elaboracion Propia

Análisis de los resultados y comparativos con la literatura existente.

La implementación del Índice de Severidad de Emergencias (ESI) ha demostrado ser efectiva para optimizar la asignación de recursos en las unidades de urgencias, mejorando la eficiencia en el uso de camas, personal y equipos médicos. En un estudio realizado en una clínica de Brasil, la precisión de los enfermeros en predecir los recursos necesarios para los pacientes alcanzó el 64.7%, un resultado que coincide con experiencias en hospitales comunitarios de los EE.UU. que también implementaron el ESI. Sin embargo, algunos estudios han revelado discrepancias entre los recursos predichos y los utilizados, destacando la necesidad de monitoreo y formación continua para mejorar la precisión, especialmente en pacientes clasificados como menos graves, quienes a menudo utilizan menos recursos de los previstos (Souza et al., 2011; Esmailian et al., 2014).

En términos de capacitación, la formación continua y específica para el personal es crucial para mejorar la precisión y velocidad en la categorización de los pacientes. Un ejemplo claro se observa en un hospital de EE.UU., donde la implementación de un programa de actualización en el uso del ESI logró reducir la tasa de sub-triage, mejorando la eficiencia y los tiempos de estancia de los pacientes en el departamento de emergencias (Wallace, 2023).

La implementación del Índice de Severidad de Emergencias (ESI) en la Unidad de Urgencias de Clínica de Salud ha demostrado ser un aporte significativo para mejorar los procesos de atención, en este sentido estudio no solo resalta la importancia de actualizar los protocolos clínicos, sino también la necesidad de un enfoque integral que considere aspectos de desarrollo organizacional y atención centrada en el usuario.

Comparado con otras herramientas de triaje, como la escala de Manchester, el ESI ha

mostrado ventajas significativas en la identificación de pacientes críticos y la priorización de recursos. Un estudio en Suiza encontró que el ESI es particularmente eficaz en la categorización de casos severos (niveles 1 y 2), lo que contribuye a una mejor atención a los pacientes en condiciones críticas, pero también señaló que la formación y evaluación continua son esenciales para mantener altos niveles de precisión en el uso de esta herramienta (Jordi et al., 2015).

Desde una perspectiva de desarrollo organizacional, la implementación del ESI ha servido como una intervención estructural que ha permitido una mayor eficiencia en el uso de los recursos y una mejor coordinación entre los distintos equipos de salud. La categorización efectiva de los pacientes facilita la toma de decisiones en situaciones de alta presión y reduce la carga de trabajo en el personal de salud, lo que a su vez minimiza el riesgo de errores clínicos. Asimismo, la capacitación continua ha fortalecido las competencias del equipo, generando un ambiente de trabajo más colaborativo y alineado con los objetivos estratégicos de la institución.

En términos de atención a los usuarios, los resultados muestran que el nuevo sistema ha contribuido a una percepción positiva por parte de los pacientes, quienes valoran la rapidez y la eficiencia del proceso. Esto es fundamental en el contexto de una unidad de urgencias, donde el tiempo es un factor determinante en la calidad de la atención. Además, la implementación del ESI ha permitido mejorar la seguridad del paciente, ya que los casos críticos reciben atención prioritaria, reduciendo el riesgo de complicaciones derivadas de esperas prolongadas.

Un aspecto relevante en la discusión es la identidad del equipo. La creación de un sentido de pertenencia y de propósito dentro del equipo de salud ha sido un componente esencial para el éxito

de la implementación. La participación activa del personal en las mesas técnicas y talleres de capacitación ha generado un sentimiento de responsabilidad compartida, lo que ha favorecido la adopción del nuevo sistema. Este fortalecimiento de la identidad del equipo no solo mejora la cohesión interna, sino que también se refleja en la calidad del servicio brindado a los pacientes.

Finalmente, cabe destacar la importancia del trabajo en equipo en la mejora de los resultados en atención de urgencias debido a que la colaboración entre médicos, enfermeras y personal técnico ha sido clave para lograr una implementación exitosa. El enfoque colaborativo permite una mejor distribución de las tareas, evita la sobrecarga de trabajo y garantiza que los pacientes reciban atención en el tiempo adecuado. Además, el equipo está mejor preparado para afrontar los desafíos futuros, como nuevas olas de contagios o emergencias sanitarias, gracias a la capacitación y al fortalecimiento de los protocolos de actuación.

CONCLUSIONES

La implementación del Índice de Severidad de Emergencias (ESI) en la Unidad de Urgencias de la Clínica de Salud ha demostrado ser una intervención transformadora, aportando mejoras significativas en eficiencia operativa, satisfacción del paciente y seguridad en la atención. Los resultados evidencian una notable reducción en los tiempos de espera, especialmente para los casos críticos, consolidando el ESI como un sistema que facilita la priorización de los pacientes según la gravedad de sus condiciones. Esta respuesta oportuna es esencial para reducir riesgos y mejorar los desenlaces clínicos, resaltando la capacidad del ESI para cumplir los objetivos de un sistema de triaje moderno.

El éxito de esta intervención se sustenta en una gestión efectiva del cambio organizacional, que integró al personal clínico y administrativo desde la fase de planificación. Este enfoque inclusivo promovió el sentido de pertenencia y compromiso, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema. Además, la capacitación constante, que abordó tanto aspectos técnicos como habilidades de comunicación y trabajo en equipo, resultó fundamental para mejorar el desempeño del personal, fortaleciendo la cohesión del equipo y optimizando el ambiente laboral.

Desde la perspectiva de la optimización de recursos, el ESI permitió una distribución más eficiente de personal y equipamiento, beneficiando tanto la experiencia del paciente como la sostenibilidad financiera de la unidad. Este hallazgo es especialmente relevante en contextos donde la presión por maximizar el uso de los recursos es alta, y subraya la aplicabilidad del ESI en instituciones de similar perfil que buscan mejorar su gestión de urgencias y reducir el uso innecesario de recursos en casos de baja complejidad.

La satisfacción del usuario fue otro punto destacado, evidenciando que el nuevo sistema no solo mejoró la percepción del servicio, sino que también fortaleció la relación de los usuarios con la institución, lo cual es clave para la fidelización y la reputación institucional. Este enfoque centrado en el paciente debe considerarse en futuras implementaciones, dado su impacto en la percepción de la calidad del servicio y en la reducción de quejas y reclamos.

Es fundamental reconocer que la actualización de protocolos es solo el primer paso en un proceso continuo de mejora, donde la evaluación constante y la adaptación a las necesidades cambiantes del entorno son esenciales. Este estudio subraya la relevancia de

una gestión organizacional que integre aspectos técnicos y humanos para mejorar los resultados en salud. En adelante, será clave continuar la formación del equipo, realizar ajustes a partir de la retroalimentación obtenida, y explorar la replicabilidad de este modelo en otras áreas de la clínica y en diferentes instituciones, particularmente en aquellas que, al igual que Clínica de Salud, enfrentan altos niveles de demanda y un entorno cambiante.

REFERENCIAS

- Aurenque, D. (2020). Consideraciones éticas en contexto de triage por COVID-19. *Revista Médica de Chile*, 148(4), 562–563. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020000400562>
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J. de D., & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud pública de México*, 53, s132–s142. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800009
- Borré Ortiz, Y. M., & Vega Vega, Y. (2014). Calidad percibida DE la atención DE enfermería Por pacientes hospitalizados. *Ciencia y Enfermería (Impresa)*, 20(3), 81–94. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532014000300008>
- Calderón Hernández, G., Cuartas Castaño, J., & Álvarez Giraldo, C. M. (2009). Transformación organizacional y prácticas innovadoras de gestión humana. *Innovar*, 19(35), 151–166. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-50512009000300011
- Cerdá Suárez, L. M., Santibáñez Vivanco, A., Asensio del Arco, E., & Martínez Martínez, A. (2018). Indicadores para mejorar la atención a pacientes según lean-seis-sigma: el caso del hospital Gustavo Fricke (Chile). *Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 174–191. <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps17-35.imap>
- Cicolo, E. A., & Peres, H. H. C. (2019). Electronic and manual registration of Manchester System: reliability, accuracy, and time evaluation. *Revista latino-americana de enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3170.3241>
- Costa, J. P. da, Nicolaidis, R., Gonçalves, A. V. F., Souza, E. N. de, & Blatt, C. R. (2020). The accuracy of the Manchester Triage System in an emergency service. *Revista gaucha de enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190327>
- De Souza, C. C., Toledo, A. D., Tadeu, L. F. R., & Chianca, T. C. M. (2011). *Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester1*. Scielo.br. Recuperado el 24 de octubre de 2024, de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/SHnqxn3PmtZm6wZNZW3NsZm/?format=pdf&lang=pt>
- Dois, A., Contreras, A., Bravo, P., Mora, I., Soto, G., & Solís, C. (2016). Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. *Revista Médica de Chile*, 144(5), 585–592. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872016000500005>
- El ámbito internacional europeo, C. en. (s/f). *Estudio sobre la eficiencia en la gestión de la Atención Primaria*. Cnep.cl. Recuperado el 11 de octubre de 2024, de <https://cnepl.cl/wp-content/uploads/2023/10/v2-Informe-Fundacion-Chile-II.pdf>

- Esmailian, M., Zamani, M., Azadi, F., & Ghasemi, F. (2014). Inter-Rater Agreement of Emergency Nurses and Physicians in Emergency Severity Index (ESI) Triage. *Emergency (Tehran, Iran)*, 2(4), 158–161. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4614563/>
- Servicio de salud de Viña del Mar. *Evalúan positivamente nuevo sistema de categorización de pacientes en urgencias - Hospital Dr. Gustavo Fricke*. (s/f). Hospitalfricke.cl. <https://www.hospitalfricke.cl/?p=3031>
- Soler, W., Gómez Muñoz, M. G., Bragulat, E., & Alvarez, A. (2010). Triage: a key tool in emergency care. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 33 Suppl 1, 55–68. <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>
- Francés Tecles, E., & Camaño Puig, R. (2023). Comunicación interna en centros de atención primaria de salud: una perspectiva de enfermería. *Perspectivas de la comunicación*, 16(2), 1–21. <https://doi.org/10.56754/0718-4867.2023.3351>
- González-Sanzana, C., & Bustos-Ibarra, C. (2021). Desafíos de la calidad percibida y el ejercicio del derecho a la información de los/as usuarios/as de las unidades de urgencias hospitalarias. *Revista Médica de Chile*, 149(3), 366–377. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000300366>
- Grande-Ratti, M. F., Esteban, J. A., Mongelos, D., Díaz, M. H., Giunta, D. H., & Martínez, B. J. (2020). Medición del subtraje como indicador de calidad y seguridad en un servicio de urgencias. *Revista Médica de Chile*, 148(5), 602–610. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020000500602>
- Guedes, H. M., Souza, K. M., Lima, P. de O., Martins, J. C. A., & Chianca, T. C. M. (2015). Relationship between complaints presented by emergency patients and the final outcome. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(4), 587–594. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0227.2592>
- Hernández, J. (2013). Innovación y cambio microinstitucional en el sector salud: evidencia de la telemedicina en México. *Economía teoría y práctica*, 39(39), 31–57. <https://doi.org/10.24275/ETYP/AM/NE/392013/SAMPEDRO>
- Jordi, K., Grossmann, F., Gaddis, G. M., Cignacco, E., Denhaerynck, K., Schwendimann, R., & Nickel, C. H. (2015). Nurses' accuracy and self-perceived ability using the Emergency Severity Index triage tool: a cross-sectional study in four Swiss hospitals. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 23, 62. <https://doi.org/10.1186/s13049-015-0142-y>
- Leyton Pavez, C. E., Paul Espinoza, I. R., Hernández Poblete, P., & Gil Martín, J. C. (2019). Atención post hospitalaria de pacientes con accidente cerebrovascular en atención primaria de salud en Chile. *Revista médica de Risaralda*, 25(1), 22. <https://doi.org/10.22517/25395203.17371>
- Martínez, M., Sapag, J. C., Zamorano, P., Muñoz, P., Varela, T., & Téllez, Á. (2022). Contribución de una estrategia de atención centrada en la persona con multimorbilidad al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en Chile. *Revista Médica de Chile*, 150(6), 782–787. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872022000600782>

- Paravic Klijn, T., & Lagos Garrido, M. E. (2021). TRABAJO EN EQUIPO Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. *Ciencia y enfermería (Impresa)*, 27. <https://doi.org/10.29393/ce27-41tetm20041>
- Pinilla-Roa, A. E. (2013). Evaluación de competencias profesionales en salud. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia*, 61(1), 53–70. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112013000100008
- Rodríguez Jáuregui, G. R., González Pérez, A. K., Hernández González, S., & Hernández Ripalda, M. D. (2017). Análisis del servicio de Urgencias aplicando teoría de líneas de espera. *Contaduría y administración*, 62(3), 719–732. <https://doi.org/10.1016/j.cya.2017.04.001>
- Sánchez-Bermejo, R., Herrero-Valea, A., & Garvi-García, M. (2021). Los sistemas de triaje de urgencias en el siglo XXI: una visión internacional. *Revista española de salud pública*, 95. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272021000100201
- Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 33, 55–68. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008
- Solís-Barquero, S. M. (2022). ¿CÓMO ABORDAR UN CURSO DE MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN PARA LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD DESDE LA VIRTUALIDAD? *Revista Avante de Ciencias Sociales y Humanidades*, 2(2). <https://revista-avante.com/index.php/inicio/article/view/43>
- Taype-Huamaní, W. A., De-La-Cruz-Rojas, L. A., & Amado-Tineo, J. P. (2021). Impacto del triaje estructurado en el hacinamiento del servicio de emergencia de un hospital terciario. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14(4), 491–495. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.144.1455>
- Velázquez-Guzmán, M. A., Morales-Hernández, A. E., Fonseca-Carrillo, I., & Brugada-Yáñez, A. (2017). Correlación clínica del triaje con el diagnóstico clínico de ingreso y egreso realizado en los pacientes que acuden al servicio médico de urgencias de un hospital privado. *Medicina interna de México*, 33(4), 466–475. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000400466
- Vergara, M. (2021). La falta de perspectiva sanitaria en el sistema de salud chileno. *Revista Médica de Chile*, 149(9), 1347–1351. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000901347>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de medicina interna (Montevideo, Uruguay)*, 33(1), 7–11. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003
- Vizcaíno, A. D.-J., Vizcaíno-Marín, V. D.-P., & Fregoso-Jasso, G. S. (2018). Análisis de la satisfacción de pacientes del servicio de urgencias en un hospital público de Jalisco. *Horizonte sanitario*, 18(1), 27–36. <https://doi.org/10.19136/hs.a18n1.2103>

Wallace, M. (2023). *Implementing an Emergency Severity Index (ESI) triage refresher training to decrease the under-triage rate in the emergency department (ED)*. Jacksonville State University. https://digitalcommons.jsu.edu/etds_nursing/117/

Anexos

Tabla Tiempos promedio por etapa de atención. Unidad de Urgencias 2021

Mes	Etapa de Atención				
	Ingreso – Categorización (a)	Categorización – Box (b)	Box – Eval. Medica (c)	Eval. Medica – Hipótesis (d)	Hipótesis – Alta (e)
Enero	0:14:32	0:48:58	0:27:51	0:20:37	0:31:23
Febrero	0:12:44	0:31:00	0:28:38	0:22:33	0:37:51
Marzo	0:12:36	0:32:21	0:27:46	0:17:41	0:34:53
Abril	0:11:57	0:21:17	0:25:50	0:22:45	0:34:11
Mayo	0:11:49	0:32:07	0:28:32	0:25:43	0:45:15
junio	0:11:24	0:30:19	0:26:05	0:26:50	0:35:28
Julio	0:13:11	0:33:27	0:25:29	0:20:13	0:33:12
Agosto	0:11:24	0:30:44	0:28:30	0:25:09	0:34:25
Septiembre	0:12:55	0:32:10	0:26:55	0:28:20	0:36:10
Octubre	0:11:23	0:29:22	0:28:44	0:25:45	0:34:50
Noviembre	0:12:12	0:33:05	0:26:33	0:26:17	0:33:25
Diciembre	0:13:04	0:37:48	0:28:28	0:22:10	0:36:10
Promedio	0:12:32	0:32:43	0:27:27	0:23:40	0:35:36

Fuente: Elaboración Propia

- (a) Desde ingreso en admisión hasta categorización
- (b) Desde Categorización hasta ingreso a box
- (c) Desde ingreso a box hasta evaluación medica
- (d) Desde evaluación médica hasta hipótesis diagnostica
- (e) Desde Hipótesis diagnostica hasta alta de box

Tabla. Tasa de reclamos. Unidad de Urgencias 2021

Item	Tasa de Reclamos											
	Ene	Feb	Mrz	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
N° reclamos	13	10	7	3	6	6	11	14	7	14	11	8
N° atenciones	2372	1973	2363	2082	2110	2321	2434	2412	2479	2309	2633	2820
Tasa	0,5%	0,5%	0,3%	0,1%	0,3%	0,3%	0,5%	0,6%	0,3%	0,6%	0,4%	0,3%

Fuente: Elaboracion Propia